

DERECHO A LA SALUD



Margarita Corvalán - Itá

Se aguardan medidas en el sector salud

Esperanza Martínez
Círculo Paraguayo de Médicos

Con indicadores sanitarios muy deficientes y con graves problemas en cuanto a acceso, calidad y cobertura de los servicios sanitarios, sigue siendo preocupante el nivel de inequidad en el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud de la población. Una política pública formulada por el nuevo Gobierno para el sector espera ser dotada de un suficiente apoyo financiero para su ejecución.

INTRODUCCIÓN

El análisis del derecho a la Salud en Paraguay no sólo se debe enmarcar dentro del contexto del sector, sino debe abarcar también una visión global de la situación socioeconómica y política del país. Sabemos que el resultado de la situación de salud/enfermedad de las comunidades es una compleja relación de factores macro y micro sociales; así como de la calidad de vida, de las oportunidades, del acceso a los servicios de salud y de la conducta familiar e individual de las personas.

En el informe realizado por la Oficina Regional del Banco Mundial en junio del 2003¹, se describe en estos términos la situación global del país:

“La economía del Paraguay ha estado paralizada durante 5 años. El PIB se ha estancado y el ingreso per cápita ha bajado en términos reales un 12%. En el año 2000 se estimó que un 34% de la población vivía en la pobreza y este nivel ha aumentado desde entonces debido a la peor recesión económica de los últimos 20 años, que ganó fuerza en el 2002. El gobierno está sufriendo una severa crisis financiera y

¹ Oficina Regional del Banco Mundial (2003): Creando las condiciones para un crecimiento sustentable. Opciones de políticas para la nueva administración. Oficina Regional del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Asunción.

apenas puede pagar salarios y pensiones. Se atrasó el pago de la deuda externa a finales del 2002 y se enfrenta una situación similar a finales de este año. La inversión pública se encuentra prácticamente parada. Hay escasez de medicamentos en los hospitales públicos y los caminos se están deteriorando. La violencia y la inseguridad han aumentado a niveles no conocidos por la generación actual. Sobre todo, hay una profunda crisis de credibilidad en el gobierno y en la administración de la justicia”.

Dentro de este contexto es fácil visualizar que la situación general de salud de la población, así como la calidad de los servicios de salud ofertados a la población, han sufrido el mismo deterioro. El gasto de bolsillo en el sector salud en Paraguay es muy alto y se corresponde al 60% del total de los gastos nacionales en la salud, afectando principalmente a los pobres, pues limita el acceso de los mismos a los servicios y contribuye a la exclusión social y la inequidad.

Una encuesta realizada en el año 2000 sobre patrones de comportamiento del sector público de Paraguay², muestra claramente los otros componentes que se suman a la crisis socioeconómica y que explican el resultado global de la situación social del país, en el que el sector salud es un aspecto más de ésta con algunas particularidades propias del sector, pero sin distar del contexto general. En este estudio, la población en general señala como factores presentes en la vida institucional del país – asociados a la corrupción– los siguientes aspectos: la politización de las instituciones, la ausencia de acceso público a la información, la ausencia de mecanismos de participación ciudadana, la falta de transparencia en la gestión del presupuesto público, la amplia discrecionalidad de funcionarios públicos y la ausencia de meritocracia, por citar los más importantes.

Marco legal

El Paraguay garantiza en su Constitución Nacional el derecho fundamental a la salud, y garantiza “el compromiso del Estado de proteger y promover el derecho a la salud como fundamental, proveyendo dentro del Sistema Nacional de Salud, recursos, planes y políticas integradas al desarrollo” (artículos 68 y 69). Así también, el Estado se ha comprometido internacionalmente en respetar y velar el cumplimiento del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12). Desde hace más de 50 años el país suscribe y apoya las políticas sanitarias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y recibe apoyo técnico y recursos de dicha organización.

El marco regulatorio del sector salud es amplio. Existen leyes como el Código Sanitario (Ley N° 836/80) de amplias atribuciones, y la Ley N° 1.032/92 que crea el Sistema Nacional de Salud, que propicia la descentralización, coordinación y complementación de los subsectores público y privado, por citar dos importantes

² Gonzáles de Asís, María (2000): Diagnóstico sobre patrones de comportamiento y desempeño institucional, gobernabilidad y corrupción del sector público del Paraguay. Instituto del Banco Mundial.

normativas actualmente vigentes. El problema en Paraguay radica más en la aplicación de las leyes existentes y la decisión política de las autoridades para implementar políticas públicas a largo plazo que en la falta de reglamentaciones. Indudablemente, el marco legal necesita de cambios importantes para adecuar las instituciones públicas a modelos más modernos y eficientes, pero sin la mejora de la administración de la justicia y la eficiencia del sector público, la sanción de más leyes será insuficiente para modificar la realidad social del Paraguay.

La sanción de leyes y sus reglamentaciones son necesarias para mejorar el desarrollo, pero sin la voluntad política de cumplirlas se hace difícil implementar los cambios necesarios. Dos ejemplos claros de esta situación fueron mencionados en el informe del 2002³. El primero, relacionado al derecho fundamental a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, con relación al derecho de elegir libremente el número de hijos que desean las parejas. En ese sentido, se aprobó en las leyes de Presupuesto General de la Nación de los años fiscales 2002 y 2003, a instancias de la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, un rubro específico para la compra con recursos nacionales de insumos para planificación familiar, hecho inédito en Paraguay ya que las administraciones anteriores siempre utilizaron la cooperación internacional para la provisión de estos insumos para la población.

De los recursos asignados al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, en el año fiscal 2002 se había ejecutado para el primer semestre del año sólo el 8,6% de lo presupuestado. Para el 2003, este rubro sufrió un importante recorte y en el mes de noviembre el monto obligado por el Ministerio de Hacienda era sólo del 33,64%. Si analizamos dentro del programa los rubros destinados específicamente a la compra de insumos de planificación familiar, la obligación asumida por el Ministerio de Hacienda para la misma fecha es del 46% de los montos presupuestados, de los cuales se ha pagado efectivamente a los proveedores cero guaraníes en todo el año. Esto explica claramente el importante desabastecimiento de insumos en la mayoría de los establecimientos del país desde hace varios meses, lo cual atenta sobre el derecho de las personas, sobre todo de escasos recursos, que no pueden acceder a los métodos a través de las farmacias comerciales por su mayor costo.

La falta de insumos para planificación familiar en los establecimientos es de suma importancia, considerando que Paraguay tiene una de las tasas de mortalidad materna más elevadas de América Latina y que el aborto se ubica como una estrategia de frecuente uso como método de planificación familiar por parte de las mujeres.

El segundo ejemplo se relaciona con la Ley de Fondos Rotatorios⁴, sancionada en el año 1999, que permitía a las regiones sanitarias iniciar el proceso de descentralización a través de la utilización del 50% de sus recursos propios. Analizábamos en el informe del 2002 esta ley⁵ y considerábamos su aprobación un importante avance

³ Martínez, Esperanza (2002): Exclusión e inequidad social: señales de la salud en deterioro. En: Derechos Humanos en Paraguay 2002. CODEHUPY, Asunción, págs. 333-346.

⁴ Véase Ley N° 1.535/99 "De los Fondos Rotatorios y los Decretos N° 8.127/00 y 16.245/02".

⁵ Martínez. Op. cit., pág. 343.

administrativo del sector salud. Pero en el ejercicio del 2002 sólo se había implementado con un porcentaje muy bajo del total de recursos disponibles y en el año 2003 se espera igual comportamiento. La implementación de esta normativa hubiera ayudado mucho para una mejor gestión regional y local de los servicios de atención primaria en salud, que son prioritarios para la población de menores ingresos.

Otra ley mencionada en el informe del 2002 es la Ley de Vacunas⁶, que pretende garantizar los recursos del Presupuesto para la adquisición y provisión de vacunas por parte del Ministerio de Salud. Ésta fue aprobada en noviembre de este año y es de carácter prioritario para el control de las enfermedades inmunoprevenibles, que en los últimos años han tenido brotes epidémicos, como el caso de la difteria, que en el 2002 registró un brote, después de más de 22 años de comportamiento descendente de casos anuales. Actualmente, se registra otra vez el desabastecimiento de la vacuna pentavalente en el Ministerio de Salud para cumplir con el Programa Ampliado de Inmunizaciones del 2003. El derecho a una inmunización adecuada y oportuna es uno de los derechos fundamentales de los niños y niñas menores de 5 años.

SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD⁷

Perfil demográfico

Según datos preliminares del Censo 2002, la población total del Paraguay es de 5.206.101 habitantes, siendo la población urbana el 54% y la rural el 46%. Alrededor del 41% de la población es menor de 15 años, de las cuales el 42% vive en situación de pobreza y el 11% enfrenta problemas de desnutrición crónica.

La tasa global de fecundidad para mujeres de 15 a 44 años es de 4,3 (periodo 1995/2000), siendo para el área urbana de 3,2 y 5,6 para el área rural. El 23% de las adolescentes entre 15 y 19 años reportan haber tenido por lo menos un embarazo (Banco Mundial, junio de 2003).

Perfil epidemiológico

La salud de la población presenta un perfil epidemiológico que se corresponde a los países en procesos de transición epidemiológica, donde predominan los problemas de salud fácilmente prevenibles, de tipo infecto - contagioso, carenciales, relacionados en muchos casos a las condiciones de pobreza (vivienda, educación, atención básica de salud, inmunizaciones oportunas, agua segura, disposición de basura y excretas, malos hábitos alimentarios, presencia de alimañas y roedores, entre otros). Acompañando estos problemas de salud, van cobrando importancia las enfermeda-

⁶ Véase el Anteproyecto de Ley de protección infantil sobre enfermedades inmunoprevenibles, elaborado por el diputado Rafael Filizzola

⁷ Datos extraídos del Plan Nacional de Salud. Gobierno Nicanor Duarte Frutos 2003 - 2008.

des crónicas y degenerativas, cardiovasculares, diabetes, tumores, accidentes y la violencia

Los sistemas de información en salud son deficientes en cuanto a su confiabilidad, oportunidad y cobertura. El subregistro estimado en defunciones supera el 38% y el subregistro en nacimientos se estima en 51%. Ambos presentan diferencias importantes según regiones y tiene un tremendo impacto en las estadísticas vitales. El porcentaje estimado de subregistro de mortalidad es de 43,7%. El porcentaje de defunciones mal definidas es de 19,1%.

La tasa de mortalidad infantil registrada ha tenido un descenso del 21,5% entre 1993 y 1999. Aún así, según UNICEF el país se ubica entre los países de mortalidad infantil moderadamente alta. La tasa registrada en el 2001 ha sido de 12,2 por mil nacidos vivos, pero la estimada según subregistros sería de 38,4 por mil nacidos vivos. Las tres primeras causas de la mortalidad son: problemas perinatales, diarreas y enfermedades respiratorias agudas.

La mortalidad materna en Paraguay es uno de los indicadores sanitarios que más nos ubican como un país con serios problemas de cobertura y acceso en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸, el Paraguay está entre los países con altas tasas de mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna registrada es de 168,7 por 100.000 nacidos vivos (2001) y la estimada según subregistros sería de 336 por 100.000 nacidos vivos. La oscilación de incidencia en la población indígena, rural y pobre se encuentra entre valores de 189 a 519,9 por 100.000 nacidos vivos. Las causas principales de estas muertes siguen siendo el aborto como método de planificación familiar, las hemorragias, infecciones y otras complicaciones ligadas al embarazo, parto y puerperio.

Si consideramos la inversión realizada en el país en los últimos 5 años en la salud materna e infantil, a través de importantes préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial y el bajo impacto que han tenido ambos en modificar estos indicadores de salud, se hace prioritario que las autoridades nacionales y la sociedad civil evalúen seriamente el trabajo realizado por los responsables en todos los niveles de intervención (nacional, regional y local). El préstamo del BID comprende una suma de 39 millones de dólares para los departamentos de Cordillera, Guairá, Caaguazú, Paraguari y Central. El préstamo del Banco Mundial asciende a una suma de 21,8 millones de dólares para los departamentos de Concepción, San Pedro, Alto Paraguay, Amambay, Canindeyú y Alto Paraná. Ambos préstamos han tenido serios problemas de ejecución y no han podido ser concluidos en el tiempo estimado inicialmente. Consideramos importante destacar este punto ya que es frecuente que las autoridades nacionales presenten como justificativo de los malos indicadores sanitarios el problema de recursos financieros. La ejecución reciente de estos dos millonarios préstamos señalan claramente que los problemas son mucho más complejos y que indudablemente tienen relación con lo que mencionamos en la introducción referente al contexto sociopolítico del país.

⁸ OPS/OMS (2002): Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2002. OPS/OMS

Cuadro 1

Indicadores básicos de mortalidad materno-infantil en Paraguay

	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad peri natal	Mortalidad menores de 5 años	Mortalidad materna
TOTAL PAIS	19,78	11,9	15,63	24,74	186,4
Asunción	19,6	12,9	10,6	22,7	126,9
Concepción	25,0	14,5	26,2	32,6	333,6
San Pedro	22,7	12,0	22,1	26,9	373,3
Cordillera	16,7	9,3	12,9	21,3	126,5
Guairá22,5	17,4	18,4	24,7	158,3	
Caaguazú	15,6	8,4	12,5	18,6	202,9
Caazapá	21,1	13,5	19,8	24,5	337,8
Itapúa20,9	12,9	24,2	28,9	198,0	
Misiones	23,0	16,6	23,9	31,3	195,4
Paraguarí	16,9	10,8	14,8	20,6	238,0
Alto Paraná	29,0	14,9	16,4	35,3	190,6
Central15,9	9,8	12,0	19,6	120,7	
Ñeembucú	20,1	18,3	18,3	22,7	87,3
Amambay	25,5	17,0	20,8	35,5	308,9
Canindeyú	20,9	13,3	20,9	25,4	443,9
Pdte. Hayes	22,7	9,8	17,4	43,1	302,6
Boquerón	28,6	8,6	15,7	44,3	286,1
Alto Paraguay	21,7	7,2	21,7	50,7	0,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Departamento de Bioestadística (2002). Indicadores Demográficos y Socioeconómicos.

Podemos concluir que el sistema de salud del país es altamente inequitativo. El 38,6% de las personas que se enferman no consultan en ningún servicio de salud. El 81,1% de la población no cuenta con un seguro de salud, sea público o privado.

El costo, la distancia, la mala calidad y calidez en el trato del personal de salud son identificados como factores del no acceso a los establecimientos de salud. La atención hospitalaria indica el bajo índice de ocupación de camas, una estancia prolongada en los hospitales, un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacien-

tes y escasa capacidad resolutive de los servicios en general, especialmente para los casos de urgencias.

Agua y saneamiento

La cobertura de servicio de abastecimiento de agua en Paraguay es aún muy baja. En el sector urbano es del 70%, muy por debajo del promedio de América Latina, que es del 93%. En el sector rural y periurbano, la cobertura sólo alcanza el 37%, siendo el promedio en América Latina del 61%⁹.

Presupuesto

Los gobiernos en el Paraguay han asignado históricamente recursos insuficientes al sector salud, considerando la magnitud de los problemas sanitarios, pero lo más grave es que anualmente se repite la misma situación. Del monto total aprobado en la Ley General de Presupuesto por parte del Parlamento, la ejecución presupuestaria anual es muy baja para este año. En la segunda semana de noviembre, el Ministerio de Hacienda había obligado solamente el 56% de su presupuesto vigente y pagado efectivamente a los proveedores el 38%. Esto explica con claridad la falta permanente de insumos y medicamentos en los establecimientos de salud, sobre todo en las regiones sanitarias a nivel de centros y puestos de salud.

Cuadro 2 Ejecución Presupuestaria Año 2003 (al 12 de noviembre de 2003)			
	PRESUPUESTO VIGENTE	OBLIGADO	% OBLIGADO
TOTAL	630.690.090.539	346.441.671.522	55,9
Tipo 1	44.176.136.566	25.686.991.495	58,1
Tipo 2	412.097.980.543	274.154.154.119	66,5
Tipo 3	174.415.973.430	46.600.525.908	26,7

Fuente: Ministerio Hacienda (2003): Informe de ejecución presupuestaria a la Comisión Bicameral. Presupuesto General de la Nación. Asunción.

Medidas adoptadas por el gobierno

El nuevo gobierno de manera auspiciosa ha presentado inmediatamente una política nacional de salud 2003 - 2008, que en sus principios doctrinarios manifiesta que la salud es responsabilidad compartida del Estado y la población, que el acceso, la calidad y oportunidad de los servicios de salud son derechos fundamentales del ser humano y que el sistema de salud debe buscar la equidad, con énfasis en los grupos más necesitados y de mayor riesgo.

⁹ OPS (2000). Agua potable y saneamiento. Estado actual y perspectivas. OPS .

El objetivo general del gobierno es “extender la protección social en salud en la búsqueda de la equidad” y los objetivos específicos se resumen en 11 puntos:

1. Disminuir la mortalidad materno - infantil.
2. Facilitar el acceso a servicios de calidad a la población carenciada.
3. Fomentar el conocimiento de los factores de riesgos y estilos saludables.
4. Prevenir y controlar los riesgos ambientales.
5. Incrementar la vigilancia epidemiológica para asegurar el control y la prevención de enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes, evitando la introducción de nuevas enfermedades.
6. Eliminar el sarampión, tétano neonatal y rabia humana.
7. Disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas.
8. Mejorar la atención en los servicios de salud.
9. Fortalecer el desarrollo institucional.
10. Transparentar la administración de salud e incrementar la capacitación gerencial del personal de los servicios.
11. Compartir las responsabilidad de la salud con gobernaciones, municipios y organizaciones comunitarias.

El documento tiene también definido los puntos estratégicos para la *reforma sectorial del sector salud* y medidas a ser implementadas de manera inmediata, a corto, mediano y largo plazo. Consideramos que la presentación pública de este documento ante el Consejo Nacional de Salud (reactivado también por el nuevo gobierno, luego de más de 5 años de no funcionamiento) puede significar cambios importantes para el sector salud del país. La aprobación del Presupuesto General de Gastos del 2004 será uno de los primeros elementos para conocer la verdadera voluntad política del gobierno para implementar el plan mencionado.

RECOMENDACIONES

- Que el Presupuesto General de Gatos de la Nación acompañe en la aprobación y posterior ejecución al plan de gobierno 2003 - 2008.
- Que la Ley de Vacunas, recientemente sancionada, sea implementada de manera prioritaria, de tal manera a garantizar la provisión anual de biológicos para el desarrollo del programa ampliado de inmunizaciones. Igual tratamiento se recomienda para el presupuesto de insumos para el programa de salud sexual y reproductiva.
- Como lo planteáramos en el 2002, se recomienda que la Ley de Fondos Rotatorios se implemente para apoyar el proceso de descentralización. Estos fondos ayudarían de manera significativa a las regiones sanitarias y los establecimientos a su cargo a paliar los problemas de desabastecimiento.

- Que el nuevo gobierno priorice las medidas de reforma del sector establecidas en el plan de gobierno: descentralización, reorganización de los servicios, fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, apoyo y priorización de la promoción de la salud y búsqueda de nuevos modelos de financiamiento.
- Que se garantice la idoneidad técnica y moral de los responsables públicos de programas y de servicios de salud a nivel central, regional y local mediante la meritocracia.

La reestructuración de los servicios de atención en salud mental

Carlos Portillo

ATYHA - Centro de Alternativas en Salud Mental

La discriminación hacia las personas afectadas por algún trastorno psíquico comienza en los centros hospitalarios públicos y privados y continúa en la sociedad en su conjunto.

A doce años y meses de la Declaración de Caracas, aprobada por aclamación por la Conferencia en su última sesión de trabajo, el 14 de noviembre de 1990, en Paraguay la hegemonía sigue girando en torno al modelo hospitalocéntrico como instancia de atención en salud mental. A pesar de sucesivos intentos por parte de las organizaciones de la sociedad civil de implementar las recomendaciones e indicaciones contenidas en dicha declaración, por desconocimiento, insensibilidad o desinterés de las autoridades sanitarias hoy la unidad que sobrevive en un intento de modelo comunitario y centrado en una atención integradora de lo humano se debate en limitaciones presupuestarias y escaso apoyo técnico.

La Declaración de Caracas, es la que mejor sintetiza y contiene las sucesivas declaraciones y convenciones internacionales sobre los derechos humanos, y puntualmente realiza observaciones e indicaciones que deben ser tenidas en cuenta en los servicios de atención de salud mental, considerando que la población asistida en dicho servicios es particularmente vulnerable en sus derechos por las condiciones especiales en que se encuentran.

Esta centralización de la atención a los problemas de salud mental en el modelo hospitalario manicomial obedece a causas provenientes tanto de las autoridades responsables de la organización de dichos servicios como de la sociedad civil, que sostiene una actitud discriminativa hacia las personas afectadas por algún trastorno

psíquico. Además de un claro rechazo por parte de los servicios hospitalarios públicos y privados hacia todo lo que se refiera al trastorno mental. Los gobiernos locales, departamentales y municipales tampoco asumen en sus líneas programáticas las propuestas de atención sanitaria integral basadas en el modelo comunitario, descentralizado y de reinserción de los afectados por trastornos mentales. Como si el enfermar psíquico conlleva de por sí, como un estigma, la pérdida de ciudadanía.

El modelo manicomial centrado en el hospital psiquiátrico proyecta su imagen de institución totalitaria, de control social, hacia toda la sociedad y mantiene su actitud represiva, asumida como única respuesta por la sociedad en su conjunto al no existir modelos que sustituyan esta perspectiva. De ahí que la propuesta de los llamados “modelos sustitutivos”, basan sus acciones en frases tales como: “desmontar los manicomios mentales”, “rescate y reconstrucción de ciudadanía” entre otras.

El principio de igualdad de oportunidades, en el caso de las personas con capacidades diferenciadas mental y físicamente, debe observar, además, el principio de la “diferencia”. Vale decir que lo jurídico, lo laboral, la educación, la capacidad de ejercer roles como la paternidad, la maternidad, entre otros, deben tener en cuenta las condiciones especiales que reúnen estas personas.

En gobiernos anteriores, por iniciativa ciudadana se han acercado proyectos de ley al Parlamento que proponen medidas de protección a situaciones y personas particularmente vulnerables, sobre todo aquellas que deben ser hospitalizadas contra su voluntad y cuyos derechos pueden ser vulnerados por ejemplo el derecho a la libre circulación. Se propuso que dicha medida debe ser adoptada, solo si se cumplen y se constatan condiciones especiales como: el padecimiento de una enfermedad mental grave, el riesgo para sí mismo y/o terceras personas, el riesgo de deterioro irreversible en caso de no adoptar un tratamiento en forma compulsiva. Estos proyectos de ley no han prosperado y hoy seguimos asistiendo a un sistema que apela a dicho procedimiento en forma arbitraria.

LAS CONDICIONES DE VIDA EN LOS LUGARES DE DETENCIÓN RECLUSIÓN

De por sí la atención a necesidades mínimas y básicas de los detenidos en el orden de salud, recreación, alimentación, ocupación, etc., de aquella población considerada no enferma mental es limitada, estas condiciones se ven agravadas cuando se trata de personas con trastornos mentales. Como si esta condición significa tener menos derechos que los considerados “normales”.

Una perspectiva integradora

La declaración del “Año de la Memoria Histórica”, las actividades y esfuerzos desarrollados y programados por la Mesa Coordinadora para la promulgación de la ley que crea y reglamenta la Comisión de Verdad y de Justicia por iniciativa ciudadana y el compromiso de varios miembros del Parlamento actual abren la posibilidad de

reconstruir el tejido social roto por consecuencia de las acciones represivas y violatorias a los derechos humanos cometidas durante la dictadura y en los sucesivos gobiernos de la apertura democrática. Esto viabiliza la reinserción y la recuperación de la condición de ciudadanía plena de personas protagonistas de su propia historia, del sentido biográfico de sí mismo y de proyectos de vida, sueños y utopías colectivos, entendiendo que el resarcimiento económico es insuficiente, y contemplando la integración de medidas que atienden a los aspectos de la salud mental de los afectados por dichas violaciones (las llamadas víctimas de las violaciones a los derechos humanos).

Este camino se encuentra abierto y en plena construcción y debe ser tomado como ejemplo extensivo a toda la sociedad para evitar discriminaciones basadas en cualquier tipo de criterio de desconocimiento de los “diferentes”, como si no fuesen parte nuestra y de la sociedad que integramos todos.

RECOMENDACIONES

- Insistir en la necesidad de mayor protagonismo de los gobiernos locales. Esto implica no solo descentralización presupuestaria, sino también una actitud de integrar en sus programas de salud servicios de atención en salud mental, basados en un modelo comunitario.
- Los servicios de atención en salud mental deben formar parte y funcionar en hospitales generales de cada región y localidad, con capacidad de resolver los problemas en el propio lugar de residencia de los pacientes para evitar las derivaciones hacia el hospital.
- Las hospitalizaciones contra la voluntad del propio paciente o la persona deben ser efectuadas solo en casos extremos y una vez constatado el cumplimiento de las tres condiciones mencionadas más arriba.
- Es necesaria la creación de una ley que reglamente y observe las condiciones en que se recurre a las hospitalizaciones contra la voluntad de las personas, cree mecanismos de supervisión para esta práctica y establezca instancias de apelación para aquellas personas que consideran injusta su hospitalización.
- Que la normativa jurídica tenga en cuenta las condiciones especiales en que se encuentra un paciente mental, tanto en lo que significa un debido proceso como en los alcances y consecuencias de un acto antijurídico. Y el derecho de ser sometido a un proceso imparcial y justo.
- El mejoramiento de las condiciones de vida en las cárceles en general para la población de detenidos debe redundar y alcanzar también a aquellos pacientes mentales en régimen de detención. Además del mejoramiento de las condiciones de vida en general, se deben observar particularmente el mejoramiento de la atención psiquiátrica, psicológica y social de dichos pacientes.